Dr. Rohleder
& Kollegen
Ihre Zahnarztpraxis

Aktualisierung Ihrer Anamnese

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,
um eine risikofreie Behandlung gewährleisten zu können, ist die regelmäßige Befragung zu Ihrem allgemeinen Gesundheitszustand von besonderer Bedeutung.
Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und werden nicht an Dritte weitergegeben.

Patient:

Name: _____ Vorname: _____ Geb.: _____

Geb.-Name: _____ Geb.-Ort: _____

Telefon/privat: _____ Telefon/mobil: _____

Email-Adresse: _____

Wer ist Ihr Hausarzt? _____

Zutreffendes bitte ankreuzen:

- ☐ Niedriger Blutdruck
- ☐ Erhöhter Blutdruck
- ☐ Herz-/ Kreislauferkrankung
- ☐ Blutgerinnungsstörung
- ☐ Lebererkrankung (Hepatitis A,B,C)
- ☐ Nierenfunktionsstörung
- ☐ Diabetes
- ☐ Tumorerkrankung
- ☐ Anfallsleiden (Epilepsie)
- ☐ Neigen Sie zur Ohnmacht
- ☐ Immunschwäche (AIDS /HIV)
- ☐ Herzinfarkt, Angina Pectoris
- ☐ Endokarditis- Prophylaxe
- ☐ Herzschrittmacher/ Bypass/ Stent
- ☐ Rheuma
- ☐ Lungenerkrankung (z.B. Asthma, COPD)
- ☐ Schilddrüsenerkrankung
- ☐ Magen- Darm-Erkrankung
- ☐ Augenerkrankung (Glaukom, Grüner Star)
- ☐ Osteoporose
- ☐ Schwangerschaft (ja/vielleicht)
- ☐ Raucher/in
- ☐ Knieprothese/ Hüftprothese

☐ Allergien

welche: _____

Besitzen Sie einen Allergiepass? ☐ Ja ☐ Nein

☐ Liegt eine Unverträglichkeit gegenüber gewissen Medikamenten vor?

welche: _____

Bitte wenden

Dr. Rohleder
& Kollegen
Ihre Zahnarztpraxis

Aktualisierung Ihrer Anamnese

Bitte nennen Sie uns alle Medikamente, die Sie regelmäßig einnehmen!
(z.B. Marcumar, ASS zur Blutverdünnung, oder Bisphosphonate bei Osteoporose)

_____

☐ **Ist eine Medikamentenliste Ihres Hausarztes vorhanden?**

Hinweise zu unserer Organisation
Unser Ziel ist es, Ihnen eine Behandlung mit einer individuellen Beratung ohne lange Wartezeiten anzubieten. Sollten Sie jedoch einmal länger warten müssen, bitten wir Sie um Ihr Verständnis. Leider ist es trotz genauster Planung nicht immer möglich, auftretende Notfälle vorherzusehen oder eine länger dauernde Behandlung einzukalkulieren.
Wir bitten Sie höflichst, vereinbarte Termine bei uns einzuhalten oder diese mindestens 24 Stunden vorher abzusagen. Bei nicht rechtzeitiger Absage behalten wir uns vor, Ihnen ein Ausfallhonorar in Rechnung zu stellen. Vielen Dank für Ihr Verständnis.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Richtigkeit und Vollständigkeit meiner Angaben

_____

Ort, Datum Unterschrift (Zahlungspflichtiger)

Unnaer Str. 20, 58706 Menden
Telefon: 02373-5033
info@zahnarzt-rohleder.de
www.zahnarzt-rohleder.de